Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 16 — 22 Février 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

DE L'HÉMATOCATHARSISE : LAVAGE DU SANG, par le Dr Pierre Delbet 93

ANALYSES

Bactériologie : Elimination des microorganismes par les reins, par MM. A. Biedl et R. Kraus 95
Parasitologie : Actinomycose cutanée de la joue gauche, par M. Guillemot. — De la filariose du sang chez les nègres du Congo, par M. Firket 95
Médecine expérimentale : L'action des injections intra-veineuses d'urine sur la température, par M. Alonzo. 95
Médecine : De la goutte saturnine, par M. H. Luthje. .
Chirurgie : Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale chronique, par M. Crickx 95
Maladies des organes génito-urinaires : Recherches expérimentales sur l'implantation des uretères dans le rectum, par M. L. Krynki 95
Maladies des enfants : Des intumescences de l'abdomen chez le nourrisson et en particulier du gros ventre flasque dans ses rapports avec l'allongement de l'intestin, par M. Marfan 96
Rhinologie, Otologie, Laryngologie : Symptômes et diagnostic des tumeurs malignes de l'oreille moyenne, par M. G. Marchal 96
Thérapeutique et Matière médicale : Contribution à l'étude du traitement des tumeurs malignes, par M. Isch-Wall 96
Pharmacodynamie : Conditions de résorption et d'élimination du gaïacol et du carbonate de gaïacol, par M. Eschle 96
Sérothérapie, Opothérapie : Traitement de la septicémie puerpérale par le sérum antistreptococcique, par Ch. Vinay 96

La nature et les propriétés de la lumière noire, de Gustave Le Bon, par L. Olivier LXXIV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine : Sur un traitement des kystes hydatiques de l'abdomen, M. Duplay. — Des tumeurs anévrysmatiques des os, M. Péan. — Sur certains cas de spina bifida et de méningocèles craniennes d'apparence myxomateuse, M. Kirmisson. — La mortalité dans les départements déboisés, M. Marty. — Sur la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux, M. Ferrand . . . LXXV
Société de chirurgie : Taille et lithotritie, M. Segond. MM. Lucas-Championnière, Félizet, Segond. — Technique opératoire de la désarticulation de la hanche pour les sarcomes du triceps ou du fémur, M. Quénu. M. Tuffier. — Cholédocotomie, M. Lejars. — Trépanation de l'apophyse mastoïde et de la caisse, M. Broca. MM. Monod, Broca. — Cure radicale d'éventration, M. Quénu. — Laparotomie pour invagination intestinale, M. Broca LXXVI
Société médicale des hôpitaux : Urobilinurie chez les tuberculeux, M. Hayem. MM. Hanot, Chantemesse. — A propos de la maladie de Recklinghausen, M. Marie. M. Mathieu. — Desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'enfant, M. Comby. — A propos de la pathogénie de l'appendicite M. Talamon. — Sur deux cas d'abcès sous-cutanés à pneumocoques à la suite d'injections de caféine dans le cours d'une pneumonie, MM. Louis Guinon et Bureau LXXVII
Société anatomique : Ostéomyélite prolongée du fémur et épithélioma secondaire de l'os, M. Mermet. — Anomalie du foie, M. Morestin. — Tumeur du maxillaire, M. Morestin. — Invagination intestinale, M. Baudet. — Dégénérescence kystique des deux reins simulant le mal de Bright, M. Bensaude. — Sarcome musculaire, M. Pasteau. — Tumeur des gencives, M. Pasteau LXXVIII
Sociétés étrangères : Allemagne, Angleterre, Italie, Russie LXXVIII

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres du professeur Léon Le Fort, publiées par M. Félix Lejars LXXX
Bibliographie LXXX

Répertoire thérapeutique LXXX

LA LUMIÈRE NOIRE

Récemment, nous rappelions ici même [1], à l'occasion de la belle découverte de Röntgen, les idées nouvelles que les travaux de Maxwell et les expériences de Hertz ont introduites dans la physique. Montrant que la propagation des actions électromagnétiques s'effectue au moyen d'ondes tout à fait comparables à celles de la lumière, ces expériences ont conduit les physiciens à comprendre dans les mêmes formules les lois de l'induction et celles de l'optique : plus encore que par le passé, apparut la nécessité de concevoir bien en deçà de l'infra-rouge et bien au delà de l'ultra-violet, l'étendue réelle du spectre. Dans cette échelle spectrale, dont nous ne voyons qu'une infime portion, la position de chaque vibration est déterminée par la longueur de son onde; mais, quelles que soient les longueurs de leurs ondes, toutes les vibrations visibles ou invisibles seraient essentiellement de même nature. D'où cette hypothèse, qu'au degré près, il serait possible d'en obtenir à peu près les mêmes effets.

Ces considérations semblent en ce moment guider les inventeurs. Depuis l'apparition des remarquables résultats de Röntgen, l'attention des physiciens se porte particulièrement sur les radiations possibles, insoupçonnées, que dégagent les diverses sources d'énergie.

Le mémoire suivant du Dr Le Bon offre, sous ce rapport, un grand intérêt : il nous montre, dans la radiation du bec Auer, des rayons qui avaient jusqu'à présent échappé à la sagacité des chercheurs et jouissent pourtant de propriétés très remarquables. Comme les rayons de Röntgen, ils traversent certains métaux, réputés opaques, et leur action s'exerce sur la glace photographique dans des conditions d'autant plus curieuses à examiner, qu'on ne peut guère les expliquer dans l'état actuel de la science.

La méthode du Dr Le Bon n'intéresse pas seulement le physicien; elle nous promet aussi de doter de ressources nouvelles et précieuses, le diagnostic chirurgical. Aussi, croyons-nous devoir publier ici le mémoire, encore inédit, que l'auteur a présenté lundi dernier à l'Académie des sciences.

L. Olivier,
docteur ès sciences.

Sur la nature et les propriétés de la lumière noire.

Avant de parler des nouveaux résultats de mes recherches, j'ai l'honneur d'informer l'Académie que mes expériences sur le passage de la lumière ordinaire à travers les corps opaques ont été répétées avec un plein succès par plusieurs observateurs, notamment par le Dr Armégnac à Bordeaux et surtout par M. H. Murat au Havre. Ce dernier a même réussi à obtenir, à la lumière noire, des résultats identiques à ceux obtenus avec les rayons Röntgen. Ce ne sont sûrement pas pourtant des radiations semblables, car la lumière noire ne traverse pas l'ébonite, corps tout à fait transparent pour les rayons de Röntgen. M. Murat m'envoie la photographie de l'intérieur du corps d'un poisson que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie.

La lumière d'une simple lampe, transformée en lumière noire par le procédé que j'ai indiqué, c'est-à-dire par son passage à travers des plaques métalliques, a suffi pour obtenir ces résultats.

Dans mes premières notes, je n'ai voulu publier que les résultats bruts de mes expériences. Ils ont semblé si inexplicables qu'il me semble nécessaire d'indiquer les théories qui ont conduit à les exécuter et qui permettaient de les pressentir.

Le but que je me proposais était d'explorer la zone encore inconnue qui sépare le domaine de la lumière de celui de l'électricité. Je supposais, comme je le dis en

[1] L. Olivier. — « La photographie de l'invisible. » *Presse médicale*, 1896, n° 9, p. 52.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

DRAGÉES FERRUGINEUSES DE F. GILLE
Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

VICHY-CÉLESTINS
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel

OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX

HAMAMELIDINE LOGEAIS

terminant ma première note, que les formes de l'énergie doivent être en nombre infini. Nous n'en connaissons que quelques-unes telles que la lumière, la chaleur et l'électricité. Mais, ces formes connues doivent pouvoir se relier par des formes intermédiaires. Ces dernières sont encore inconnues, simplement parce que nous ne connaissons pas d'instruments capables de les traduire d'une façon perceptible à nos sens.

Pour découvrir un de ces modes d'énergie intermédiaires, il fallait donc trouver un instrument permettant de mettre en évidence des vibrations moins nombreuses que celles de la lumière et plus nombreuses que celles de l'électricité. Les plaques photographiques étant sensibles aux vibrations relativement courtes situées au-delà du violet, il était à espérer qu'elles seraient sensibles à des longueurs d'ondes beaucoup plus courtes encore. S'il en était réellement ainsi, nous nous trouvions justement dans la zone intermédiaire entre la lumière et l'électricité. Mais alors, cette forme nouvelle de l'énergie devait posséder quelques propriétés intermédiaires entre celles de la lumière et celles de l'électricité. Cette forme nouvelle de l'énergie ne se propageait peut-être plus comme la lumière et peut-être se propageait-elle comme l'électricité. Dans ce dernier cas, les vibrations ne devaient pas être arrêtées par des corps métalliques opaques, quelle que fut leur épaisseur. C'est à vérifier ces conceptions très simples, qu'ont été consacrées des recherches poursuivies pendant deux ans. Sans la théorie qui nous guidait, nous nous serions arrêtés aux insuccès qui accompagnèrent nos premières recherches.

La démonstration du passage de la lumière à travers des plaques épaisses de métal fut faite assez rapidement, mais les expériences s'accompagnaient d'insuccès partiels qui me firent retarder longtemps leur publication. Le plus souvent, l'image était parfaite sur les bords extérieurs de la glace ou à son centre, puis s'arrêtait brusquement. En employant plusieurs métaux étrangers, on favorisait ou on entravait l'expérience. C'est ainsi, par exemple, que la présence d'une feuille d'étain poli derrière la glace sensible empêchait le passage de la lumière à travers la plaque d'aluminium recouvrant le cliché.

Parfois, on obtenait des résultats aussi satisfaisants, en plaçant la glace devant ou derrière le cliché. Parfois, l'image était négative et parfois positive. Evidemment des influences électriques devaient intervenir, mais évidemment aussi les effets produits étaient bien dus à l'action de la lumière, puisque, toutes les conditions d'expérience étant égales, les images ne s'obtenaient que lorsque la lumière tombait sur les lames opaques obturant le châssis. J'expliquerai dans une prochaine note comment, au moyen d'un instrument infiniment sensible (un galvanomètre à cadre mobile dans un champ magnétique intense produit par un courant auxiliaire de 30 volts sur 2 ampères), j'ai pu mettre en évidence les dégagements d'électricité pendant la formation des images photographiques.

Pour le moment, je ne veux exposer que les expériences concernant le passage de la lumière ordinaire à travers les corps opaques et les transformations qu'elle y subit.

Dans les expériences qui vont suivre, chaque cliché reçoit deux plaques sensibles, l'une sur sa partie supérieure, l'autre sur sa partie inférieure; l'une d'elles sert de témoin, c'est-à-dire est destinée à montrer, par un séjour préalable du châssis garni dans l'obscurité, que l'image produite sur la glace couvrant la deuxième partie du cliché ne se produit que sous l'influence de la lumière noire. On élimine entièrement de cette façon toutes les hypothèses que l'on pourrait faire sur les causes de la formation de l'image : lumière emmagasinée, pression, chaleur, électricité, etc. Seule, la lumière, qui a traversé la plaque et s'est transformée en rayons noirs, produit l'image, puisque en dehors de cette lumière l'image ne se produit jamais.

Voici maintenant une série d'expériences qui sembleraient bien contradictoires si l'on n'avait, pour les expliquer, la théorie que j'ai exposée et si l'on considérait que la lumière noire doit, comme la lumière ordinaire, se propager en ligne droite.

Le châssis étant recouvert de l'un des métaux que j'ai indiqués, l'aluminium ou le fer par exemple, une moitié de la plaque métallique est recouverte d'une dizaine de feuilles de papier noir superposées qui seraient très suffisantes, avec la pose que nous employons, à arrêter la formation de l'image sur une plaque sensible exposée sous un cliché. Or, au développement, nous constatons que l'image est absolument égale en intensité aussi bien sous la partie recouverte seulement par le métal, que sous la partie où le métal est recouvert de dix épaisseurs de papier. Si, sous cette même lame métallique, nous superposons de gros disques en fer de plusieurs centimètres d'épaisseur, nous constatons encore que ces disques, malgré leur épaisseur, ne laisseront aucune trace sur l'image.

Ces expériences, qui ont été répétées en les variant de toutes façons, sont fondamentales. Elles nous montrent tout d'abord que le degré d'épaisseur des lames opaques est sans importance, absolument comme si au lieu de les faire traverser par de la lumière noire, nous les faisions traverser par de l'électricité. Ces expériences nous montrent aussi que la lumière noire suit pour se propager d'autres lois que celle de la lumière ordinaire. En effet, si la lumière noire se propageait en ligne droite, les parties du cliché protégées par les disques et les feuilles de papier placées au-dessus des lames métalliques auraient marqué leur ombre sur la glace. Mais, si la lumière noire obéit aux lois de la propagation des ondes électriques, il suffit qu'un point du métal reçoive des rayons pour qu'ils se propagent à toute sa surface.

On peut donc transformer la lumière en radiations qui se propagent comme des courants électriques. Ce ne sont pas des radiations électriques pourtant, car les courants électriques ordinaires ne suffisent pas à produire les mêmes effets.

Nous nous trouvons donc en présence d'un mode d'énergie qui n'est plus de la lumière, puisqu'il n'a plus qu'une partie de ses propriétés et n'obéit pas aux lois de sa propagation. Ce mode d'énergie n'est pas non plus de l'électricité, puisque l'électricité sous ses formes connues ne produit pas les mêmes effets. La lumière noire doit être considérée comme une force nouvelle, ajoutée au petit nombre de celles que nous connaissions déjà.

Gustave Le Bon.

HOPITAUX

Concours spécial pour la nomination à deux places d'accoucheur des hôpitaux. — Ce concours sera ouvert le lundi 4 mai 1896, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 30 mars 1896, et sera clos définitivement le vendredi 17 avril, à trois heures.

Amphithéâtre d'anatomie. — *Programme des cours de la saison d'été* (année 1896). — 1° Cours de médecine opératoire sous la direction de M. le Dr Quénu, directeur des travaux scientifiques. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 13 avril 1896.

2° Conférences d'histologie. Des conférences sur l'histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

NOUVELLES

Académie de médecine. — L'Académie a classé ainsi qu'il suit les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. *Première ligne*, M. Pozzi; *deuxième ligne*, M. Delorme; *troisième ligne*, M. Richelot; *quatrième ligne*, M. Peyrot; *cinquième ligne*, M. Bouilly; *sixième ligne*, M. Quénu.

Société de chirurgie. *Ordre du jour de la séance du 26 février 1896.* — Rapports : Sur l'Hallux valgus, par M. Delbet; rapport par M. Kirmisson. — Péritonite par perforation. — Laparotomie, par M. Hartmann; rapport par M. Michaux. — Communications : Sur la sérothérapie dans le tétanos, par M. Bazy. — Sur la luxation du nerf cubital, par M. Schwartz.

Société médico-chirurgicale. — Séance du lundi 24 février 1896 : 1° Lecture du procès-verbal et de la correspondance; 2° M. Boursier, hématuries des oxaluriques; 3° M. Gautrelet, dosage et séméiologie de l'urocrythrine urinaire; 4° M. Hureau de Villeneuve, observation de fièvre pernicieuse chez un jeune soldat venant de Madagascar.

Académie de médecine de Belgique. — MM. les docteurs H. Huchard, G. Napias, H. Planchon, de Paris, ont été proclamés membres correspondants étrangers.

Un nouveau journal d'obstétrique. — Ce nouveau journal, publié par MM. P. Budin, rédacteur en chef; Ch. Maygrier, P. Bar, E. Bonnaire, membres du Comité de rédaction; L. Merle, secrétaire de la rédaction, paraîtra tous les deux mois, par fascicule de 96 pages, divisé en trois parties : la première partie comprendra des mémoires originaux; la seconde, des analyses, des travaux français et étrangers; la troisième, un index bibliographique.

L'obstétrique, qui traitera de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches, de l'hygiène et de l'alimentation du nouveau-né, comble une lacune dans notre littérature médicale. La savante direction que lui donneront ses rédacteurs, assure son succès auprès du corps médical.

Une nouvelle revue russe. — Le premier fascicule de la *Revue de psychiatrie, de neurologie et de psychologie expérimentale*, publié sous la direction de M. W. Bechterew, professeur et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses à Saint-Pétersbourg, vient de paraître.

Cette Revue paraîtra en langue russe le 20 de chaque mois, par fascicule de 80 pages in-8, et publiera : I. Des travaux originaux, concernant la psychiatrie, la neurologie, la neuropathologie, la psychologie expérimentale, l'hypnotisme, l'anthropologie criminelle, etc. — II. Des revues critiques et des résumés. — III. Des comptes rend et des correspondances. — IV. Chronique, nouvell divers. — V. Critique, bibliographie. — VI. Des biog phies et des nécrologies. — VII. Publications.

VARIÉTÉS

L'enseignement de la médecine. — L'Univers de Liège vient d'être dotée de deux nouvelles chaires médecine : microbiologie et maladies des pays chau La première a été confiée à M. Malvoz, la seconde professeur Firket; c'est assez dire avec quelle comp tence, avec quelle autorité, l'une et l'autre seront occ pées.

Malheureusement, à ce propos, nous sommes forc de constater, une fois de plus encore, les lacunes et manque d'organisation de notre enseignement médic

N'est-il pas navrant, pour ne pas dire plus, de vo dans la patrie de Pasteur, que la première des Facul de médecine, la Faculté de Paris, n'a pas de chaire microbiologie !

La Belgique ne possède que de bien faibles intér coloniaux, et cependant, elle n'hésite pas à créer un seignement de la pathologie exotique, dans le but permettre à de jeunes médecins de s'expatrier et chercher, en dehors de leur pays natal où ils se sent trop à l'étroit, un nouvel élément d'action et de fortu La France, elle, possède un empire colonial immense, en dehors de son Ecole de médecine navale, dans cune de ses Facultés de médecine, elle ne peut don l'enseignement indispensable à ses médecins sanitai et à ses médecins de colonisation.

Ce sont là des faits qui se passent de tout comme taire.

Les grands médecins contemporains. — D la *Revue périodique des sciences médico-chirurgica en Italie*, le Dr Andréa Ferranini vient de publier u étude biographique des savants dont le nom est attac aux progrès des sciences médicales, dans ces derniè années.

La France y est représentée par : Cl. Bernard, Mar Ranvier, Ch. Richet pour les *Sciences accessoires*; P teur, Bouchard pour la *Pathologie générale*; Charc Lépine, G. Sée pour la *Clinique médicale*; Guyon, Pé pour la *Clinique chirurgicale*.

Evidemment, le très intéressant travail du Dr Fer nini demande à être sinon revu, du moins augmenté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

18 février 1896.

Sur un moyen de traitement des kystes hyd tiques de l'abdomen. — **M. Duplay** lit un rapport sur mémoire de M. Delbet dont voici le résumé : L'ouvertu large et la marsupialisation des kystes hydatiques ab minaux présente des inconvénients tels que : lenteur la guérison et persistance de fistules intarissabl Thornton en 1883 et Billroth en 1892 avaient imag un procédé que M. Delbet a employé à son tour, en modifiant.

Il consiste, lorsque le contenu du kyste est clair ouvrir largement la poche, puis à enlever la vésic mère et les vésicules filles, ce qui se fait facileme Reste la membrane adventice, doublée d'une cou plus ou moins épaisse du tissu dans lequel le kyste s développé, dont on pratique le capitonnage lorsque paisseur de cette paroi est telle qu'on ne peut espé la voir se rétracter. Ce capitonnage se fait avec aiguilles très courbes qu'on fait entrer et sortir succ sivement par la même face de la même paroi : on sert de très gros catgut et on enfonce l'aiguille profo dément dans la paroi, de manière à comprendre da l'anse de catgut une épaisse couche de tissus. On p ainsi faire plusieurs séries de capitons et combler cavité du kyste.

Enfin, avant de réduire le kyste, on suture les lèv de sa cavité par des points séparés au catgut, par u suture en surjet ou une suture de Lembert. Puis, réduit la masse dans l'abdomen et on ferme la plaie.

M. Delbet a employé cette méthode pour un ky contenant plus de 2 litres de liquide et de nombreu hydatides : le résultat a été parfait, la malade gué en quinze jours, et la poche suffisamment rétrac après un mois pour être devenue à peine sensible.

Des tumeurs anévrysmatiques des os. — **M. Pé** Ces tumeurs sont rares, puisque Nélaton et Robin niai leur existence, les confondant avec des sarcomes ky tiques ou des tumeurs à myéloplaxes. J'ai eu l'occasi d'en observer deux cas.

1° Un homme de cinquante ans avait eu depuis de ans des hémorrhagies répétées, provenant d'un pe bouton violacé, pulsatile, situé au centre de la moi droite de la voûte palatine. A cause de l'abondance hémorrhagies, je me décidai à intervenir. J'incisai parties molles du palais, depuis le rebord alvéola jusqu'au voile, en faisant passer le milieu de l'incisi par la tumeur; un flot de sang jaillit d'une artère gro comme l'humérale. J'enlevai toute la portion dure palais, de façon à dépasser les limites de la tumeur; depuis lors la guérison a persisté.

M. Brault, qui fit l'examen histologique, montra q

l'os et les parties molles étaient transformées en tissu angiomateux.

2° Une jeune fille de quatorze ans était atteinte d'une tumeur érectile de la région sous-orbitaire, qui avait résisté au traitement par le perchorure de fer et la ligature de l'artère faciale.

Après avoir assuré l'hémostase, je circonscrivis la tumeur par une incision circulaire; j'enlevai toutes les parties molles jusqu'au périoste, et je sectionnai les gros vaisseaux dilatés du périoste. Le tissu enlevé était formé histologiquement par des vaisseaux dilatés, sans éléments sarcomateux.

De ces deux observations, on peut tirer les conclusions suivantes : les anévrysmes des os sont extrêmement rares, et ne doivent pas être confondus avec les myéloplaxomes et les sarcomes. Ils peuvent être accompagnés d'angiomes des parties molles.

On soupçonnera l'existence d'un anévrysme de l'os lorsque l'angiome des parties molles recouvre un os superficiel, qu'il succède à un traumatisme et se développe avec une grande rapidité en donnant des hémorrhagies graves et répétées; mais, on ne pourra l'affirmer qu'après l'ablation de la tumeur des parties molles. L'ablation des parties molles est facilitée par le pincement préventif et temporaire. L'incision des vaisseaux périostiques qui se continuent avec les vaisseaux anévrysmatiques osseux donne lieu à un ou plusieurs jets de sang, qui peuvent entraîner la mort; ces vaisseaux seront obturés avec le doigt d'abord, avec un fosset ensuite; ces fossets sont ensuite bien tolérés et ne gênent pas la réunion de la plaie par première intention. Le moyen le plus sûr de prévenir la récidive est de faire l'ablation complète du tissu morbide.

Sur certains cas de spina bifida et de méningocèles craniennes d'apparence myxomateuse. — **M. Kirmisson.** Deux faits que j'ai observés me portent à établir, dans la classe des méningocèles craniennes et des spina-bifida, un groupe à part, constitué par des tumeurs d'apparence myxomateuse.

1° Un enfant athrepsique présentait, au niveau de la fontanelle postérieure, une tumeur transparente, non réductible, comparable à une méningocèle; on trouva, à l'autopsie, une masse solide, d'aspect myxomateux, adhérente à la fontanelle, mais ne communiquant pas avec l'intérieur du crâne.

2° En pratiquant l'extirpation d'un spina-bifida de la région lombaire, je m'aperçus que sa cavité ne communiquait pas avec le canal rachidien; la tumeur présentait, à l'examen histologique, les apparences d'un myxome.

Ces tumeurs sont constituées, au point de vue anatomo-pathologique, par un tissu cellulaire infiltré par l'œdème; il n'y a pas de cavité kystique communiquant avec le canal rachidien ou la cavité crânienne; pas d'éléments nerveux. Dans leur intérieur, existe un prolongement en rapport avec les méninges.

Au point de vue clinique, elles se distinguent des autres variétés de méningocèles craniennes ou de spina-bifida par leur irréductibilité et l'absence de troubles nerveux.

La mortalité dans les départements déboisés. — **M. Marty** lit un rapport sur un travail de M. Jeannel dont voici le résumé : Le déboisement a de graves inconvénients au point de vue géologique, météorologique et hygiénique.

Les recensements faits depuis 1871 montrent la diminution progressive de la natalité dans les 30 départements déboisés : la mortalité a été 9 fois plus forte que dans le reste de la France.

Sur la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux. — **M. Ferrand.** La contagion n'est pas le seul facteur important dans le développement de la tuberculose; il faut également tenir compte de l'hérédité. D'une part, on voit des individus résister à des chances de contagion répétées; d'autre part, les statistiques des Compagnies d'assurances prouvent que jusqu'à soixante-dix ans la mortalité par tuberculose est beaucoup plus fréquente chez les individus sortis d'une souche entachée de tuberculose.

C'est donc surtout à l'égard des prédisposés héréditaires que des précautions hygiéniques devront être prises; l'isolement étant irréalisable, c'est par l'emploi de crachoirs antiseptiques qu'on pourra surtout éviter la dissémination du bacille de Koch. E. Labbé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

19 février 1896.

Taille et lithotritie. — **M. Segond.** M. Barette nous a envoyé trois observations de calculs vésicaux qu'il a enlevés par la taille hypogastrique. De ses trois malades, deux étaient des adultes et l'autre un enfant de quatre ans et demi; ils ont tous trois guéri.

M. Barette a eu recours à la taille pour les raisons suivantes : chez l'enfant, parce qu'il a pensé la lithotritie plus grave à cet âge que la taille; chez le second malade, homme de quarante-deux ans, parce que, à l'exploration il avait obtenu avec le cathéter un son clair, indice, d'après lui, de dureté considérable; enfin, chez le troisième, parce que, après avoir distendu la vessie, il n'avait pu faire de prises sérieuses sur le calcul et le broyer.

Avant d'apprécier la conduite, très heureuse d'ailleurs, de M. Barette, je voudrais faire remarquer qu'avant de chercher à établir les limites exactes de la lithotritie et de la taille, il faut tenir compte des aptitudes particulières de l'opérateur d'une part et, d'autre part, de l'état pathologique de l'appareil urinaire du malade à opérer. Il est, en effet, incontestable que, lorsqu'on n'a pas l'habitude de pratiquer la lithotritie, la taille est préférable à cette dernière intervention, tandis que pour ceux, rares il est vrai, qui manient souvent le lithotriteur, la lithotritie est l'opération de choix.

Chez les trois malades de M. Barette, je crois, par exemple, que la taille n'était pas indispensable. Pour l'enfant, l'âge n'est pas une raison suffisante pour rejeter la lithotritie; sans avoir une très grande expérience, j'ai eu recours à celle-ci, trois fois, chez des enfants de quatre ans et demi, et avec succès. Chez le second malade, c'est parce que le calcul avait un son clair, que M. Barette a cru que le brisement en était impossible; il me semble que cette affirmation ne pouvait être justifiée qu'après échec de la lithotritie. Enfin, chez le troisième malade, M. Barette a essayé la lithotritie, mais, n'ayant pu saisir le calcul, il a pratiqué la taille. Je ferai seulement observer qu'il a eu peut-être tort de distendre la vessie; s'il s'était borné à injecter de 60 à 100 grammes d'eau, il eût pu saisir la pierre beaucoup plus facilement.

Reste à examiner si le drainage auquel a eu recours M. Barette était justifié. Je crois que la suture immédiate lui eût donné de meilleurs résultats, puisqu'il n'y avait aucune lésion de l'appareil urinaire. La guérison se fût montrée plus rapide et l'un des trois malades n'aurait pas mis cinq mois à guérir de sa fistule sus-pubienne.

M. Lucas-Championnière. Je crois qu'il ne faut pas blâmer les chirurgiens qui font la taille de préférence à la lithotritie.

Pour bien faire cette dernière, il faut la pratiquer souvent, et j'estime qu'un chirurgien, non spécialisé, a plus de chance de faire une bonne taille que de faire une bonne lithotritie. Aussi, j'approuve entièrement M. Barette. D'ailleurs, la taille a été faite par nombre de chirurgiens qui s'en sont bien trouvés et j'avoue que, pour ma part, si j'avais un calcul, je préférerais subir la taille que de voir fourgonner dans ma vessie, si le chirurgien, auquel je devrais m'adresser, n'avait pas une expérience consommée de la lithotritie.

Quant à la suture immédiate, je l'ai préconisée un des premiers, sinon le premier, et je pense, comme M. Segond, que M. Barette eût pu y avoir recours avec avantage. Mais cette critique est secondaire.

M. Félizet. Je ne parlerai que du petit malade de M. Barette, et je pense avec lui, que, chez les enfants, la taille est préférable à la lithotritie pour plusieurs raisons. D'abord la taille permet de débarrasser l'enfant en une seule séance; en suturant la vessie, ce qui doit être de règle, puisqu'il n'y a pas ordinairement d'infection dans ces cas, la guérison est rapide. De plus, la petitesse du méat et de l'urèthre n'est guère favorable à la lithotritie. Aussi, je crois que, chez l'enfant, la taille doit être préférée à la lithotritie à cause de sa plus grande simplicité.

M. Segond. Je ferai remarquer à M. Lucas-Championnière que j'ai dit moi-même que les aptitudes particulières de l'opérateur entraient en grande ligne de compte, quand il s'agissait d'établir les indications respectives de la lithotritie et de la taille. J'ai simplement voulu dire que les cas de M. Barette n'étaient pas, *à priori*, et pour les raisons qu'il donnait, justiciables uniquement de la taille.

A M. Félizet je répondrai que la lithotritie est facile chez l'enfant et peut être exécutée en une seule séance, lorsqu'il s'agit, comme dans le cas auquel je fais allusion, de calcul phosphatique.

Technique opératoire de la désarticulation de la hanche pour les sarcomes du triceps ou du fémur. — **M. Quénu.** La gravité de la désarticulation de la hanche a été grandement atténuée, par l'introduction des méthodes antiseptiques; elle n'a pas été complètement supprimée, c'est qu'en effet il reste une complication difficile à conjurer, malgré les perfectionnements des procédés opératoires. Cette complication, c'est l'hémorrhagie immédiate.

On a beau lier les troncs de l'artère et de la veine fémorales primitives, l'artère et la veine fémorales superficielles restent pleines de sang, comme s'en est assuré Farabeuf, en expérimentant sur le cadavre; et, ainsi qu'il le déclare, les artères qui viennent de l'hypogastrique dans la cuisse suffisent à remplir, en peu de temps, tout le système vasculaire du membre inférieur. Aussi Farabeuf conseille-t-il d'appliquer la bande d'Esmarch en permanence et de la remonter le plus près possible du champ opératoire; il ajoute à ce moyen la compression de l'aorte. Mais c'est surtout à Verneuil que nous devons d'avoir cherché à résoudre le problème et de l'avoir résolu en partie.

Le grand précepte posé par Verneuil, c'est d'extirper le membre inférieur, comme s'il était une tumeur, c'est-à-dire de faire l'hémostase au fur et à mesure de la section des parties molles, en prenant tout son temps, et sans se préoccuper d'une rapidité, alors fort prisée, à tailler son lambeau et à mettre le membre par terre. Voici du reste exactement les règles qu'il nous a données dans sa communication, faite à l'Académie de médecine en 1877.

Lier le tronc de la crurale le plus haut possible, puis, le lambeau cutané antérieur tracé, sectionner les muscles couche par couche, en allant à la rencontre de l'articulation et en liant les artères au fur et à mesure qu'elles se présentent. Verneuil préconise encore la ligature préventive de l'artère obturatrice, après section des adducteurs superficiels, c'est-à-dire du pectiné et du moyen adducteur.

Dès 1858, c'est-à-dire six ans avant Verneuil, Marcellin Duval avait exécuté la ligature préalable, non seulement de la fémorale superficielle, mais encore de la fémorale profonde; après la dissection de la peau de la partie inférieure du lambeau antérieur, M. Duval recommandait de faire successivement :

La *section* du couturier, du droit antérieur, du tenseur du fascia lata;

La *ligature* de l'artère fémorale superficielle;

La *section* du premier adducteur;

La *ligature* de la fémorale profonde;

La *section* du psoas-iliaque et l'ouverture de la partie antérieure de l'articulation.

Rappelons enfin qu'avant Verneuil et M. Duval, la ligature de la fémorale au début de l'opération avait été conseillée par A. Cooper et par Larrey.

J'ai tenté de réaliser une hémostase plus méthodique que mes devanciers, en bouchant d'avance les traces par lesquelles la série d'arcades postérieures donne du sang au moment de la taille des lambeaux. La technique opératoire que je propose et que j'ai exécutée avec succès chez un malade de dix-huit ans, s'applique particulièrement aux sarcomes du fémur ou des muscles qui l'engainent. Je rapproche à dessein ces deux localisations du sarcome, parce que, périostique, ou développé dans le vaste externe ou interne, le néoplasme finit toujours, en fin de compte, par constituer une masse énorme qui s'applique étroitement aux vaisseaux, et parfois les englobe. Tous les chirurgiens qui ont eu à opérer de ces tumeurs, connaissent le développement que peuvent prendre en particulier les veines qui les relient à la fémorale.

Le jeune malade que j'avais à opérer était porteur d'un sarcome du vaste externe refoulant les vaisseaux fémoraux et paraissant d'une vascularisation extrême[1]. La masse des adducteurs semblait seule indemne, c'était évidemment là, qu'il fallait prendre de l'étoffe, mais je ne pouvais me conformer aux préceptes donnés d'une façon précise par Farabeuf dans le tracé de sa raquette antérieure, l'altération néoplasique remontant jusqu'à deux ou trois travers de doigt du sommet du grand trochanter.

Je fus obligé de me contenter d'un véritable lambeau interne. Là n'était pas la difficulté.

Si je me reporte aux règles données par Farabeuf, je vois qu'après le premier temps, qui consiste à lier les troncs cruraux le plus haut possible, le lambeau interne étant entaillé, les muscles grand fessier, droit antérieur et psoas étant sectionnés, les vaisseaux fémoraux, je m'arrête sur ce point, sont attirés en dedans, la capsule est ouverte, la désarticulation opérée, puis commence la section de l'énorme masse charnue où rampent la terminaison de l'ischiatique, les perforantes.

La modification que j'ai introduite au plan opératoire, après avoir expérimenté sur le cadavre, porte essentiellement sur ce point, *de laisser l'artère fémorale adhérente à la tumeur*, de passer en dedans d'elle et de faire, avant de couper aucun muscle, la ligature systématique en avant des adducteurs de toutes les branches qui se détachent de la crurale ou de la fémorale profonde pour se relier derrière les adducteurs en une immense arcade réunissant l'iliaque interne à la poplitée. Rien n'est plus facile et n'offre plus de sécurité.

Dès que les troncs de l'artère et de la veine fémorale ont été liés et sectionnés entre deux ligatures, nous traçons un lambeau interne dont la longueur soit largement égale au diamètre de la racine du membre; la peau seule est incisée et largement disséquée. La gaine des vaisseaux fémoraux ayant été ouverte d'un bout à l'autre le long du couturier, l'index va décoller jusqu'au fond la gouttière où gît la gaine vasculaire en glissant le long de son bord interne. On lie successivement les artères honteuses externes, la veine saphène interne près de son embouchure, puis, au niveau du bord externe du pectiné, on dégage et on coupe entre deux fils le tronc des circonflexes internes.

On échancre alors légèrement le bord supérieur ou externe du premier adducteur qu'on récline en dedans; l'artère fémorale étant de son côté fortement attirée en dehors, on met de la sorte à découvert le tronc de la fémorale profonde et les branches musculaires qui en viennent. Le tracé de l'incision cutanée ayant été achevé (partie de la face interne de la cuisse, l'incision reste transversale jusqu'au milieu de la face postérieure de la cuisse, puis elle va assez directement regagner le sommet du grand trochanter et rejoindre la première incision à 5 ou 6 centimètres au-dessous de l'arcade), le tronc de la saphène interne lié et coupé, on achève la section du moyen adducteur à une certaine distance de la ligne âpre, et on lie de nouveau le tronc de la fémorale profonde. Les troncs vasculaires sont alors avec

1. Mon interne, M. Pasteau, a présenté la pièce à la Société anatomique, 1895.

la plus grande facilité écartés en dehors, montrant jusqu'à leurs insertions toute la surface des petit et grand adducteurs.

On coupe successivement le droit interne, le pectiné et le petit adducteur près du fessier mais loin de l'os, le grand adducteur dont la tranche doit être oblique pour une bonne conformation du lambeau. On découvre alors le sciatique et les muscles longs postérieurs; section du sciatique et de l'artère qui l'accompagne. On retourne à la partie antérieure où, après ligature d'une petite musculaire, on coupe rapidement le couturier, le droit antérieur, et le tendon du grand fessier.

D'un coup de rugine, on dénude à peu près le fémur et on scie au-dessous des trochanters afin de se débarrasser rapidement du membre, qui ne tient plus alors que par une toute petite masse musculaire formée par le demi-tendineux, le demi-membraneux et le biceps; il est facile de compléter l'hémostase, si quelque petite branche a échappé à la ligature. Ceci fait, on saisit le tronçon du fémur avec un davier Farabeuf et on désinsère rapidement les muscles trochantériens, psoas d'une part, petit et moyen fessier, pyramidal, obturateur et carré crural d'autre part; la capsule est fendue. Au lieu de désarticuler, j'ai préféré, pour éviter une arrière-cavité anfractueuse, sectionner la tête à sa base au ras du bourrelet cotyloïdien, certain que la calotte osseuse ainsi laissée trouverait dans le ligament rond une nourriture suffisante; cette section s'obtient facilement, au moyen de trois ou quatre coups de large ciseau de Mac Ewen. L'ensemble de la surface cruentée prend la forme d'un ovale dont la grosse extrémité est représentée par le lambeau interne, sa surface est plane, régulière, dépourvue de creux; la cicatrice est reportée très loin de l'ischion où doit être le point d'appui. Notre lambeau interne a pour artère nourricière l'obturatrice, qui vient s'anastomoser avec la circonflexe interne et par suite déverser le sang artériel dans les branches adductrices de celle-ci.

Il serait donc mauvais de lier cette artère obturatrice derrière le pectiné, d'autant qu'au niveau de la section des adducteurs elle est déjà réduite à des rameaux insignifiants.

En résumé, la petite originalité du procédé opératoire que j'apporte ici consiste à aller tout droit au fond du sillon formé par le fémur entouré de sa gaine musculaire d'une part, les adducteurs d'autre part; d'y lier toutes les artères et veines qui se détachent des troncs fémoraux en dedans de ceux-ci; de rejeter en dehors, en les laissant appliqués contre les tumeurs, les troncs des fémorales qui seraient enlevées avec elles. On s'éloigne le plus possible du néoplasme, on économise le sang et on risque moins de laisser dans le lambeau un tronc veineux envahi déjà par un bourgeon sarcomateux. Mon malade est opéré depuis plusieurs mois, je compte le présenter prochainement à la Société de chirurgie.

M. Tuffier. J'ai eu l'occasion récemment de désarticuler une hanche pour un sarcome de la cuisse qui avait récidivé quatre fois. Le procédé auquel j'ai eu recours est analogue à celui que M. Quénu vient de nous donner. Comme M. Quénu, j'ai taillé un large lambeau interne, toute espèce de lambeau externe étant impossible par suite de la situation de la tumeur elle-même.

Relativement à l'hémostase, je crois qu'il faut distinguer suivant que les sujets sont très gras ou maigres; chez ceux-ci une bonne compression est possible et permet, comme dans mon cas, d'avoir recours aux différents temps suivants : tailler le lambeau cutané, lier les vaisseaux fémoraux, comprimer l'hypogastrique ou l'aorte et sectionner les muscles. L'opération se fait pour ainsi dire à blanc.

Enfin j'ai, avant de désarticuler, pratiqué d'abord une amputation intertrochantérienne, pensant que celle-ci pouvait être suffisante.

En somme, j'ai procédé à peu près comme M. Quénu, sauf pour l'hémostase que j'ai obtenue facilement par la compression bien faite de l'hypogastrique. Mon malade a parfaitement guéri.

Cholédocotomie. — M. Lejars. Les faits de cholédocotomie sont encore assez rares pour que je croie utile de publier le suivant. Une femme de soixante-deux ans fut atteinte, il y a deux ans, de coliques hépatiques avec ictère et décoloration des selles. La crise passa et fut suivie d'une période d'accalmie de plusieurs mois. Puis revinrent de nouvelles crises, qui s'accompagnèrent, dans les deux derniers mois, d'ictère intense et de cachexie.

Le 14 décembre 1895, j'opérai et trouvai une vésicule rétractée, indurée. En suivant le canal cystique, j'arrivai sur le cholédoque et trouvai sur celui-ci une bosselure de la grosseur d'une petite noix et qui était un calcul. J'incisai le canal, j'extrayai le calcul et il s'écoula seulement un peu de liquide muqueux et filant; au-dessus et au-dessous le canal était dilaté. Les lèvres de l'incision furent suturées et un drainage abdominal établi.

Les suites ont été des plus simples. Cependant, au huitième jour, survint une fistule biliaire qui persista en janvier. Trois semaines après l'opération, la teinte subictérique avait complètement disparu; dès le second jour, les selles étaient redevenues colorées. Actuellement, la fistule biliaire est tarie; il n'existe plus aucune douleur et la malade va très bien.

Trépanation de l'apophyse mastoïde et de la caisse. — M. Broca présente un enfant auquel il a pratiqué, il y a six mois, la trépanation complète de l'apophyse mastoïde et de la caisse du tympan pour une fistule mastoïdienne ancienne, ayant plusieurs années de date et accompagnée de nécrose.

Derrière l'oreille s'ouvre une cavité cylindrique, partout épidermiée, ayant 1 centimètre de diamètre et environ 2 cent. 1/2 de profondeur. Elle aboutit en dedans à un orifice qui est celui de la trompe d'Eustache. Elle a été créée par un évidement presque complet du rocher, évidement fait de proche en proche, en suivant les voies naturelles, et on peut se rendre compte que le facial est resté intact, ce qui n'a pas lieu dans le procédé préconisé par M. Chaput.

M. Monod. Dans un cas semblable, j'ai observé les premiers jours une paralysie faciale qui, d'ailleurs, disparut quatre mois plus tard.

M. Broca. Après ces opérations, on peut voir survenir des paralysies transitoires, qui sont dues à la simple compression du pansement.

Cependant, il peut arriver aussi d'avoir des paralysies définitives, dues alors à la section du facial. Cet accident m'est arrivé trois fois sur une centaine de cas.

Cure radicale d'éventration. — M. Quénu présente une malade à laquelle il a fait une cure radicale pour une éventration datant de deux ans. La ligne blanche étant simplement distendue, il a ouvert la gaine des muscles droits, suturé la lèvre interne de la gaine à celle du côté opposé, puis réuni les muscles et l'autre lèvre par de nouveaux points. La surface d'affrontement ainsi obtenue est très large et le péritoine n'a pas été ouvert. Le résultat est excellent, mais il est récent.

Laparotomie pour invagination intestinale. — M. Broca relate 2 cas d'invagination intestinale qu'il a observés chez des enfants de cinq et six mois. Dans l'un, dont il présente la pièce, l'intervention ne fut pratiquée qu'au sixième jour. On trouva une section complète, au collet, du cylindre invaginé. Ce cylindre, formé par la fin de l'iléon, arrivait jusqu'à la partie supérieure du rectum et était entièrement gangrené. Le cylindre invaginant, formé par le côlon, était sphacélé en partie et se rompit. Cet échec est dû incontestablement à ce que l'opération a été trop tardive : quand l'enfant a été opéré, il avait 40°,5, ce qui indiquait la péritonite par perforation. En opérant de bonne heure, on peut avoir des succès remarquables; M. Broca a guéri récemment une enfant de six mois, opérée au troisième jour. On lui trouva deux invaginations : une descendante iléocolique, et une ascendante de l'iliaque, se rencontrant par leur sommet vers l'angle gauche du côlon. La désinvagination fut faite en exprimant en sens inverse les boudins invaginés et non en tirant sur eux au collet. Chez ces deux enfants, on sentait un boudin vers l'hypochondre gauche. Il est à remarquer que sur 103 cas d'invagination chez l'enfant, réunis tout récemment par F.-H. Wiggin, il n'y a presque que des observations anglaises, quelques rares américaines et allemandes, et pas une seule française.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

21 février 1896.

Urobilinurie chez les tuberculeux. — M. Hayem. A l'occasion de la dernière communication de M. Hanot je tiens à rapporter les recherches que j'ai faites cette semaine dans mon service; elles confirment les conclusions que j'émettais dans la dernière séance :

1° La tuberculose vulgaire n'entraîne que rarement l'urobilinurie; lorsque cette urobilinurie existe, on en trouve toujours la cause soit dans une évolution rapide de la tuberculose, soit dans l'existence d'une complication hépatique.

Le traitement, la créosote en particulier, ne paraît pas avoir d'influence sur la production de l'urobiline.

2° Chez tous les tuberculeux qui présentent de l'urobilinurie, sans cause connue, cette urobilinurie disparaît quelques jours après l'entrée à l'hôpital, et probablement sous l'influence du régime hospitalier.

M. Hanot. Je ne suis pas le premier à avoir remarqué la présence fréquente de l'urobiline dans les urines des tuberculeux. M. Tissier a déjà insisté dans sa thèse sur ce phénomène. Je tiens à dire simplement que, lorsque je faisais mes recherches sur les tuberculoses hépatiques, j'ai remarqué que fréquemment l'urobiline disparaissait des urines après l'action thérapeutique de la créosote, administrée par voie rectale. Ce sont ces simples remarques cliniques que j'apporte; je ne puis en aucune manière fournir des explications sur la pathogénie de cette urobilinurie.

M. Hayem. Les faits cliniques rapportés par M. Hanot peuvent être expliqués de la façon suivante. Les tuberculeux traités par la créosote sont généralement atteints de formes peu graves, torpides même; il est naturel que dans ces cas l'urobiline, lorsqu'elle existe, disparaisse rapidement. Au contraire, les tuberculeux à qui l'on refuse la créosote, sont des malades atteints de formes graves, rapides; or, chez eux, l'urobilinurie existe d'une façon constante, et elle ne disparaît pas.

Il est bien difficile, dans ces circonstances, de faire la part de l'action médicamenteuse, et de dire que la créosote supprime l'urobilinurie. Si j'allais réellement au fond de ma pensée, je dirais au contraire que la créosote produirait fréquemment l'urobilinurie et cela à cause des troubles dyspeptiques causés par ce médicament.

M. Chantemesse. Il existe, en somme, deux théories pathogéniques de l'urobilinurie; l'une accuse des fermentations gastro-intestinales, l'autre incrimine le foie. Il me semble que cette dernière est démontrée par quelques expériences faites à l'institut Pasteur. Lorsque l'on injecte à un animal une dose de toxine suffisante pour le tuer, on voit, parmi les premiers symptômes, se produire une urobilinurie intense; dans ces cas, on trouve toujours à l'autopsie le foie complètement dégénéré.

A propos de la maladie de Recklinghausen. — M. Marie. Je tiens à vous présenter un malade atteint d'un syndrome clinique bien connu, et qui peut se résumer ainsi : pigmentation cutanée, fibromes multiples, nœvi-vasculaires. Il s'agit, en somme, de cette maladie décrite par Recklinghausen, et qui serait, d'après cet auteur, une neuro-fibromatose généralisée.

J'ai fait l'étude histologique de quelques-uns de ces fibromes, et, malgré de nombreuses recherches, faites avec des procédés variés, je n'ai pu déceler la présence de fibres nerveuses dans ces tumeurs.

Il faut donc admettre, ou que Recklinghausen s'est trompé, ou que les éléments nerveux ont disparu de ces fibromes.

M. Mathieu. J'ai observé également un cas analogue; cette maladie n'est donc pas très rare. Le malade que j'ai examiné avait un frère atteint de la même affection; ce serait donc une maladie familiale, fait sur lequel on a déjà attiré l'attention.

Desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'enfant. — M. Comby. Un médecin de Lyon, M. Weill, a appelé l'attention des cliniciens sur la desquamation qui succéderait à la fièvre typhoïde chez les enfants, dans la grande majorité des cas.

Cette desquamation, furfuracée ou lamelleuse, surviendrait au moment de la défervescence, et durerait plus ou moins longtemps suivant les cas. La cause de la desquamation ne doit être cherchée, ni dans un érythème préexistant qui ne s'observe jamais, ni dans les bains froids; car elle se rencontre aussi bien chez les enfants non baignés que chez les baignés. Mais alors d'où vient-elle?

M. Weill ne semble pas s'en être rendu compte, quand il rapproche le phénomène des alopécies et lésions unguéales communes à la suite des grandes pyrexies.

Une étude attentive, poursuivie pendant un an sur un grand nombre d'enfants de mon service de l'hôpital Trousseau, m'a permis de résoudre la question soulevée par la communication de M. Weill au Congrès de Lyon (1894).

Le fait de la desquamation consécutive à la fièvre typhoïde est facile à constater, et je l'ai vérifié dans tous les cas soumis à mon examen, sauf dans deux qui se sont terminés par la mort (2 décès sur 31 cas).

La desquamation apparaît, non pas à la période d'éclat, mais au décours de la fièvre typhoïde, au moment de la défervescence.

Elle est plus ou moins abondante, quelquefois très légère et très limitée, facile à méconnaître, d'autres fois, lamelleuse, très étendue, rappelant la desquamation scarlatineuse.

Entre ces deux extrêmes, on rencontre tous les degrés.

Cette desquamation occupe le cou, les régions sus et sous-claviculaires, le ventre, les flancs, le dos, la racine des membres; elle respecte les extrémités et se distingue ainsi de la desquamation scarlatineuse.

Est-elle spéciale à la fièvre typhoïde? Non, car je l'ai observée à la suite de l'angine à streptocoques, de la pneumonie, de la broncho-pneumonie, de la pleurésie, de la grippe, etc. Dans tous les cas, elle affecte les mêmes caractères, la même marche. Elle coïncide souvent avec une crise urinaire qui porte à 1 litre et demi ou 2 litres le taux quotidien des urines.

Il importait de dévoiler le point de départ, la cause de cette desquamation. J'y suis arrivé après quelques tâtonnements, et je puis affirmer aujourd'hui que la desquamation succède toujours à une poussée de *sudamina*.

Les sudamina sont pour ainsi dire constants dans la fièvre typhoïde, dans les cas qui guérissent tout au moins. Ils surviennent à l'insu du malade, et souvent aussi du médecin, au moment de la défervescence, en nombre plus ou moins grand, tantôt très petits, très discrets, presque imperceptibles, tantôt plus volumineux, plus abondants, cohérents, parfois même énormes et gigantesques, phlycténoïdes. La desquamation leur succède fatalement et elle leur est absolument parallèle; sont-ils petits et discrets, la desquamation est fine et discrète; sont-ils gros et nombreux, la desquamation est abondante et étendue.

Il en résulte que la valeur séméiologique de la desquamation dans la fièvre typhoïde n'est autre que celle des sudamina qui la précèdent et la commandent.

Et sur ce dernier point, il faut reconnaître que M. E. Besnier, dans son article « Sudamina » du Dict. Dechambre, a admirablement apprécié la nature et la valeur de ces éléments dermatologiques.

Je conclus :

La desquamation est constante, ou à peu près constante, dans la fièvre typhoïde des enfants (au moins dans les cas qui guérissent).

Elle s'observe aussi à la suite des autres maladies fébriles.

Toujours elle est précédée d'une éruption plus ou moins abondante de sudamina. Son apparition semble impliquer un pronostic favorable.

A propos de la pathogénie de l'appendicite. — M. Talamon. Je ne puis laisser passer sans protestation la note communiquée par M. Dieulafoy dans l'avant-dernière séance sur la théorie pathogénique de l'appendicite.

Dans cette note, M. Dieulafoy avance que d'après les recherches auxquelles il s'est livré « il a pu édifier la théorie de l'appendicite par *cavité close* chez l'homme ».

Or, je tiens à rappeler que dès 1882, dans une communication faite à la Société anatomique, j'ai déjà proposé cette explication des phénomènes de l'appendicite et cela dans des termes que je me permets de rappeler à la Société.

« Les scybales, disais-je (*Bull. soc. anat.*, Mars 1882 et *Progrès médical*, 16 Décembre 1882) engagées dans l'appendice par quelque contraction intempestive du cæcum y ont pénétré à frottement et se sont enclavées à la partie supérieure de l'étroit canal. De là deux conséquences : d'une part, elles ont fermé à la manière d'un bouchon l'orifice de dégagement de l'appendice dans le cœcum; de l'autre, par suite de leur diamètre trois à quatre fois plus considérable que la lumière du canal, elles ont exercé une compression sur les parois de l'appendice et gêné de toutes façons la circulation des vaisseaux contenus dans ces parois. L'oblitération de l'orifice supérieur a eu pour résultat l'accumulation des produits de sécrétion et la distension de l'appendice. Or, à la surface de la muqueuse intestinale existent en permanence des germes de bactéries qui ne demandent qu'une occasion favorable pour se multiplier à l'infini. Quelle meilleure condition peut leur être fournie que cette stagnation subite d'un liquide alcalin et essentiellement fermentescible? Aussi les bactéries ont-elles pullulé dans l'appendice oblitéré et dilaté *comme dans un vase clos*.

« Mais ce n'est pas tout : cette pullulation n'aurait pas eu d'inconvénients immédiats si les parois de l'appendice avaient conservé leur vitalité normale. La résistance des éléments anatomiques vivants et bien nourris à la pénétration des bactéries est pour ainsi dire invincible. Mais cette bonne nutrition et par suite cette résistance sont exactement proportionnelles à l'activité de la circulation sanguine. Or, nous l'avons vu, les corps étrangers enclavés dans la lumière étroite de l'appendice comprimaient ses parois et entravaient la circulation de ses canaux vasculaires. La nutrition des éléments des diverses tuniques de l'intestin se trouvaient donc ralentie et leur résistance vitale affaiblie au minimum. Les bactéries, inoffensives à l'état normal et impuissantes contre des éléments sains, ont triomphé sans peine de ces éléments séparés de leur liquide nourricier, y ont pullulé de proche en proche, détruisant et ulcérant à mesure les parois de l'appendice, et par deux points ont réussi enfin à faire irruption dans le péritoine dont elles ont provoqué l'inflammation générale ».

Telle est l'idée première de la théorie de l'appendicite par *cavité close*. Je crois qu'elle est suffisamment explicite, aussi bien au point de vue de la stagnation du liquide dans l'appendice dilaté et oblitéré qu'au point de vue du rôle actif des microbes de l'intestin.

Cette idée, je l'ai reprise et développée en 1890 dans une série d'articles de *la Médecine moderne* et en 1891 dans mon travail sur *L'appendicite et la périlyphlite*, publié dans la Bibliothèque médicale Charcot-Debove. J'ai montré comment, suivant le degré de constriction exercée sur les parois, suivant la qualité des microbes emprisonnés dans l'appendice, suivant leur virulence, l'intensité du processus inflammatoire peut varier depuis la simple inflammation exsudative jusqu'à la perforation limitée et à la gangrène totale de l'appendice.

Pour mieux préciser mon idée, j'ai comparé les accidents de l'appendicite à ceux de la lithiase biliaire et, pour en montrer les analogies, j'ai créé le mot de *colique appendiculaire*.

En somme, comme vous le voyez, cette théorie pathogénique est absolument analogue à celle exposée par M. Dieulafoy dans l'une des précédentes séances.

Sur deux cas d'abcès sous-cutanés à pneumocoques à la suite d'injections de caféine dans le cours d'une pneumonie. — MM. Louis Guinon et Bureau. Nous avons observé aux mois de décembre et de janvier deux cas d'abcès sous-cutanés à pneumocoques, développés à la suite d'injections de caféine dans le cours d'une pleuropneumonie grave.

Ces malades étaient deux adultes peu vigoureux; l'un avait une pneumonie double, l'autre une pneumonie massive du côté droit; tous deux furent plongés pendant plusieurs jours dans un état grave, adynamique, ils furent traités par les enveloppements froids, l'alcool et les injections de caféine. Tous deux, au moment où la température commençait à baisser, présentèrent une pleurésie purulente droite à pneumocoques qui nécessita l'intervention chirurgicale. Ces abcès ne furent reconnus que quelques jours après leur début; ils étaient peu douloureux; leur volume variant de celui d'une noix à celui du poing, ils guérirent très rapidement, sans drainage, après une simple incision. Le pus était verdâtre, épais, et contenait à l'état de pureté des pneumocoques très virulents. Ces cas sont comparables à ceux communiqués à la Société de biologie, par MM. Zuber, Méry.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

21 février 1896.

Ostéomyélite prolongée du fémur et épithélioma secondaire de l'os. — M. Mermet. Il s'agit, dans cette observation, d'une femme de trente-deux ans, chez qui apparurent, vers l'âge de dix ans, des accidents d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur gauche. Un an plus tard, des fistules se formèrent. Depuis cette époque, les trajets fistuleux ont persisté avec diverses alternatives, en particulier avec une aggravation des accidents, lors des deux premières grossesses de la malade.

En octobre dernier, la malade devient à nouveau enceinte, et, en même temps, les lésions osseuses éprouvent un véritable coup de fouet. La suppuration est allée en augmentant avec la grossesse, puis, malgré l'extraction d'un séquestre, devint bientôt sanieuse, infecte. Les orifices des fistules se couvrirent de végétations véritablement cancroïdales. Finalement, à la fin de janvier, fracture spontanée du fémur au niveau de la lésion ostéomyélitique. L'amputation de cuisse fut faite; guérison malgré la grossesse.

L'examen de la pièce montre un vaste cloaque intra-osseux, au niveau duquel aboutissent deux fistules. Les parois de celles-ci et de la cavité sont recouvertes de végétations, de mamelons grisâtres, friables; le contenu est un magma sanieux, en partie sébacé, en partie purulent. Tout autour de ce cloaque, il existe une zone de tissu lardacé, inflammatoire ancien. Les deux extrémités de l'os fracturé, également envahies, plongent dans cette cavité; en dehors des points dégénérés, elles montrent des lésions d'ostéite condensante ancienne, et des altérations régressives de la moelle.

Le microscope a fait voir les caractères typiques de l'épithélioma pavimenteux lobulé au niveau des points atteints.

Anomalie du foie. — M. Morestin montre un foie très allongé dans le sens vertical, et qui présentait un lobe surnuméraire qui descendait jusque dans la fosse iliaque. La vésicule biliaire reposait à la face supérieure du lobe.

Tumeur du maxillaire. — M. Morestin montre un maxillaire inférieur qui présentait au niveau du bord inférieur, près de l'angle de cet os, une tumeur pédiculée de la grosseur du pouce.

Invagination intestinale. — M. Baudet montre une pièce d'invagination intestinale, survenue chez un enfant, qui mourut de péritonite généralisée. La portion invaginé comprenait la fin de l'intestin grêle, le cæcum, l'appendice iléo-cæcal, le colon ascendant. Le cylindre invaginant commençait à la partie moyenne du côlon transverse et allait jusqu'au rectum. Ce cylindre présentait deux perforations, une de 6 centimètres de longueur, une autre de 4 centimètres, à travers lesquelles venait faire hernie la portion invaginée. Cette dernière présentait sur toute sa longueur de nombreux points gangrénés et perforés. C'est à la péritonite consécutive à ces perforations qu'a succombé le malade.

Au point de vue pathogénique M. Baudet pense que l'invagination a commencé au niveau de la partie moyenne du côlon transverse et non au niveau de la valvule iléo-cæcale, comme cela a lieu le plus fréquemment.

Dégénérescence kystique des deux reins simulant le mal de Bright. — M. Bensaude rapporte l'histoire d'un malade du service de M. Debove, ayant présenté tous les symptômes du mal de Bright : pâleur, anasarque, infiltration des séreuses, polyurie légère, pollakiurie et albuminurie, intolérance gastrique et bruit de galop au cœur. La mort est survenue par une pneumonie apyrétique du lobe supérieur du poumon droit. A l'autopsie, on trouve, en dehors de la lésion pulmonaire, une dégénérescence kystique totale des deux reins et une hypertrophie du ventricule gauche. Il n'y a pas de kystes dans le foie ni dans l'uretère.

Il est à relever dans cette observation l'absence de douleur lombaire et d'hématurie et l'existence d'une légère polyurie ayant persisté jusqu'à la veille de la mort, malgré une destruction presque totale du parenchyme rénal.

Sarcome musculaire. — M. Pasteau montre des préparations microscopiques d'un cas de sarcome primitif du vaste externe. Il constate, en dehors des lésions sarcomateuses, une dégénérescence vitreuse de l'élément contractile de la fibre, et une transformation fibroïde du tissu conjonctif périfasciculaire.

Tumeur des gencives. — M. Pasteau présente des préparations d'une petite tumeur des gencives, considérée comme épulis. Il s'agissait d'un petit fibrôme très mou. Il n'y avait pas d'éléments sarcomateux, ni de myéloplaxes.

R. MARIE.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ALLEMAGNE

Un des moyens de **traitement de la grossesse extra-utérine** consiste à déterminer la mort du produit de conception laissé en place. On y parvient en injectant dans le kyste fœtal des substances toxiques. Dès 1863, Joulin, a proposé d'injecter, au moyen d'une seringue de Pravaz, dans le kyste, un centigramme d'atropine délayée dans quelques gouttes d'eau. Friedreich, Kœberlé, Cohen et Rennest ont employé pour cette injection la morphine. Dans tous les cas, on a obtenu la mort du fœtus et toutes les femmes ont guéri. M. Tarnier de même a réussi à tuer un fœtus au moyen de trois injections de un centigramme de chlorhydrate de morphine. Winckel, en Allemagne, a souvent employé la même méthode. **Prochownik** de Hambourg, a rapporté au 67e *Congrès des associations allemandes de médecins et de naturalistes*, six nouveaux cas de ce genre. Chez quatre femmes, l'injection de morphine a été faite dans le kyste fœtal par le vagin. On a employé une dose de 3 à 4 centigrammes. Trois de ces femmes ont guéri complètement dans l'espace de cinq à huit semaines. Chez la quatrième, il survint un abcès vers le rectum. Dans un cinquième cas, l'injection fut faite par l'abdomen; au bout de deux jours survinrent des phénomènes de septicémie. On fit la laparotomie, et on trouva une perforation d'une anse intestinale adhérente en avant au kyste fœtal. On fit le drainage et la malade guérit. Dans le sixième cas, enfin, il s'était déjà produit un hématome.

Prochownik recommande donc d'essayer de tuer le fœtus par les injections de morphine, sans aspiration, avant d'intervenir par une plus grande opération. On ne doit faire qu'une injection. Mais on ne doit pas attendre au delà du troisième mois; il faut pratiquer l'injection avant tout symptôme d'avortement. De plus, l'injection doit être faite de préférence par le vagin, car, pendant les neuf ou dix premières semaines, le kyste fœtal n'est pas accolé à la paroi abdominale. La blennorrhagie et la périmétrite aiguë contre-indiquent l'injection.

Fehling et **Gottschalk** sont opposés au moyen de traitement préconisé par Prochownik, car, même après la mort du produit de conception, la résorption de l'œuf peut entraîner des dangers pour la femme. Le kyste fœtal peut suppurer et s'ouvrir dans un organe voisin, rectum ou vessie. La caduque, de plus, peut ne se détacher que plusieurs semaines après la mort du fœtus. D'ailleurs, pourquoi provoquer en somme l'avortement, puisque ultérieurement il faudra en arriver toujours à une opération?

La question de la **régénération de la muqueuse utérine**, après le curettage de cette muqueuse, par exemple, n'est pas encore complètement élucidée. Aussi bien, toute nouvelle recherche sur ce sujet est pleine d'intérêt.

Werth de Kiel a pu examiner 3 utérus, enlevés en même temps que les annexes, pour inflammation blennorrhagique. Dans les 3 cas, on avait fait antérieurement le curettage de l'utérus.

Ce qu'il y a de particulier, c'est la reproduction rapide de l'épithélium et la formation d'un tissu conjonctif fibrillaire au-dessous de l'épithélium. Déjà, au bout de seize jours, après le curettage, les différences entre la nouvelle et l'ancienne muqueuse utérine ne sont plus guère sensibles. On trouve cependant encore à cemoment des endroits dépourvus d'épithélium.

Dans le premier utérus, extirpé trois jours après le curettage, à côté de restes d'ancienne muqueuse, Werth a trouvé déjà, par places, de l'épithélium néoformé; cet épithélium était formé non seulement de cellules cylindriques, mais de cellules de toutes formes. Sous l'épithélium, il existait du tissu fibrillaire. De petits territoires sont dépourvus d'épithélium et de culs-de-sac glandulaires. Dans les deux autres cas, l'utérus a été extirpé vingt-six jours après le curettage; dans le premier de ces faits, on avait pratiqué après le curettage une injection intra-utérine avec du sesquichlorure de fer; dans le second, on n'avait fait qu'un simple lavage. Or, dans le premier de ces cas, la muqueuse a été trouvée presque normale; dans le second, la muqueuse de nouvelle formation était de nouveau altérée.

Donc, quand il existe une endométrite infectieuse interne, hyperplasique, il ne suffit pas de curetter la muqueuse, il faut encore faire suivre le nettoyage d'une cautérisation énergique.

Dans un utérus, fibromateux, curetté tout d'abord, puis extirpé, Werth n'a plus trouvé que des traces de muqueuse, sur les côtés, sous forme de petits débris contenant des groupes de glandes. La tunique musculaire était ébréchée et contenait quelques débris de glandes.

Gottschalk, de Berlin, a pu, lui aussi, examiner un utérus extirpé vingt-huit jours après un curettage suivi d'une injection iodée. La structure de la muqueuse est variable suivant les endroits; mais, il n'y a pas une régénération complète encore de la muqueuse. Par places, les glandes font défaut; ailleurs, on trouve des glandes dirigées parallèlement à la surface : cette direction des glandes étant déterminée par la pression que produit le tissu fibrillaire sous-épithélial de néo-formation; ailleurs, on trouve seulement quelques glandes profondément situées et en train de se diviser.

Gottschalk ne fait la cautérisation que quinze jours après le curettage. D'ailleurs, lorsqu'il y a récidive, celle-ci ne provient pas tant de la persistance de quelques glandes utérines que de l'inflammation concomitante des ovaires et de la trompe.

Léopold, de Dresde, rappelle que chez les femmes d'un certain âge, tout curettage et toute cautérisation sont souvent sans résultat. C'est que, dans ces cas, il s'agit souvent d'une dégénérescence athéromateuse des vaisseaux utérins avec dépôts calcaires; le curettage ne peut qu'aggraver alors les lésions chroniques de la muqueuse utérine. Léopold, d'ailleurs, ne pratique jamais les injections

caustiques après le curettage; il se contente de toucher la cavité utérine curettée avec un petit tampon d'ouate imbibé légèrement de teinture d'iode.

Cette dégénérescence athéromateuse des vaisseaux utérins chez les femmes d'un certain âge, a été trouvée aussi par Prochownik et Gottschalk; et ce dernier auteur a obtenu de bons résultats, dans ces cas, de la ligature des artères utérines pratiquée par le vagin, pour arrêter les métrorrhagies. La ménopause ne tarde pas alors à survenir.

Léopold de Dresde, ainsi que **Schatz**, sont absolument opposés à la pratique du **toucher vaginal répété, dans un accouchement normal.** L'examen extérieur de la femme suffirait dans les cas ordinaires, tant aux élèves qu'aux praticiens, pour mener à bonne fin l'accouchement. On devra restreindre, de plus en plus, pendant le travail, ces touchers vaginaux répétés, sans méthode, qui ont souvent pour seul résultat d'infecter la femme. Le toucher, fait une ou deux fois, suffit largement pendant le travail normal: la marche du travail est très bien suivie par le seul examen extérieur. Mais, on peut objecter à ces auteurs, avec **Fehling**, que très souvent le toucher est absolument indispensable, surtout dans les cas où le travail est lent et l'accouchement laborieux. Il est d'ailleurs facile d'obtenir la désinfection absolue des mains, dût-on y consacrer plusieurs minutes.

ANGLETERRE

Le **passage du bacille diphtérique dans le sang et les viscères** a fait l'objet d'une communication de **A.-A Kenthack** et **W.-W. Stephens** à la *Pathological Society of London*. Les auteurs font tout d'abord remarquer que l'opinion communément admise est que le bacille diphtérique reste dans les fausses membranes et n'envahit pas les vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Cependant Wright et Stokes, de Boston, Frosch et d'autres auteurs ont démontré que le passage du bacille dans les viscères et même dans le torrent circulatoire n'est pas extrêmement rare, au moins dans les cas à terminaison fatale.

Kenthack et Stephens rapportent les résultats d'un certain nombre d'examens, pratiqués dans 18 cas de diphtérie terminés par la mort, et qui, cliniquement, à l'exception d'un seul, revêtirent une marche grave. Dans ces 18 cas, les poumons contenaient, après la mort, le bacille diphtérique en grande quantité. 13 d'entre eux eurent une broncho-pneumonie marquée, que l'on regarda comme de nature diphtéritique; il est, en effet, erroné de croire que la broncho-pneumonie qui vient compliquer une diphtérie est de nature purement pyococcienne, comme on le pense fréquemment. Wright a examiné 14 cas et a trouvé le bacille diphtérique 13 fois dans les poumons, et 10 fois il existait une broncho-pneumonie; il faut également se rappeler que Froscher et Kutscher ont fréquemment décelé les bacilles dans les foyers pneumoniques. Dans les cas examinés par Kenthack et Stephens et dans ceux de Wright, il s'agissait d'une diphtérie avec processus laryngien, les membranes s'étendant au-dessus de la glotte jusqu'à la trachée. Sur ces 18 cas, 14 étaient de la diphtérie laryngée, et dans 11, il existait de la broncho-pneumonie; dans les cas de Wright, 9 fois il s'agissait de laryngite et 6 fois de broncho-pneumonie, La trachéotomie a été pratiquée dans la plupart des cas, mais cette opération n'a pas été la cause de l'arrivée des bacilles dans les poumons, puisque les enfants arrivaient mourants et succombaient peu après l'intervention : la broncho-pneumonie était, en réalité, antérieure et non postérieure à la trachéotomie. Sur leurs observations, les auteurs concluent que la broncho-pneumonie, qui accompagne si fréquemment la diphtérie, est souvent, sinon toujours, de nature diphtéritique.

La rate a été examinée 12 fois sur les 18 cas en question; 9 fois on a trouvé des bacilles. Dans des recherches analogues, Wright et Stokes n'on ont trouvé que 6 fois sur 40 cas. La différence de ces résultats tient au procédé particulier de culture auquel ont eu recours Kanthack et Stephens : leur milieu de culture était préparé avec du liquide ascitique rendu fortement alcalin et auquel on ajoutait 1,5 pour 100 d'agar-agar, 5 pour 100 de glycérine et 1 pour 100 de sucre candi. Ce milieu est excellent pour le développement du bacille de Klebs-Lœffler. Ces auteurs ont également constaté que l'on rencontrait le bacille dans la rate, lorsqu'il existait aussi dans le poumon, et que, pour 75 pour 100 des cas, il y avait même de la bronchopneumonie. Dans les cas mortels, il faut dire d'ailleurs que l'infection se généralise facilement.

La dissémination du bacille peut se faire de quatre manières : 1° par le transport accidentel et direct d'une partie du corps à une autre; 2° à travers les voies naturelles telles que le nez, le canal lacrymal, la trachée, les bronches, etc; 3° par la voie lymphatique; 4° par la voie sanguine (rate, foie, rein, etc.), ainsi que l'a établi l'expérimentation.

La **castration pour hypertrophie de la prostate** est partout à l'ordre du jour. **Mansell Moullin** vient de faire à ce sujet une communication intéressante à l'*Harveian Society of London* sous le titre d'*orchotomie*.

L'auteur accorde qu'un grand nombre de vieillards, et même la majorité, vivent parfaitement bien en se sondant de temps à autre et en pratiquant quelques lavages vésicaux, lorsque survient un peu d'inflammation; mais il fait remarquer avec raison que beaucoup vont de mal en pis et finissent par succomber, après de rudes souffrances, soit à une infection par absorption, soit à des accidents rénaux d'origine infectieuse. Dans ces cas, le drainage de la vessie n'est qu'un palliatif. La création d'un méat artificiel sus-pubien ou périnéal, n'est guère recommandable, tant le port d'un urinal est désavantageux. Enfin, la prostatectomie est une opération d'autant plus grave que la vessie est atteinte d'inflammation septique chronique.

L'orchotomie, au contraire, présente des chances d'une amélioration définitive allant presque jusqu'à la guérison, sans faire courir au malade de sérieux dangers pour sa vie.

Dans douze cas qu'il a eu l'occasion d'observer ou d'opérer, Mansell Moullin a obtenu les résultats suivants : 1° Deux de ses malades ont succombé, l'un, neuf jours après l'intervention, de dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque, l'autre, cinq jours après, de rupture de la cérébrale moyenne gauche; 2° deux autres ont succombé au bout de six mois : l'un avait quatre-vingt-deux ans et l'autre quatre-vingt et tous s'étaient trouvés très améliorés; 3° deux autres eurent peu après l'opération, une crise grave et très inquiétante de délire traumatique dont ils guérirent; actuellement ils sont bien; 4° tous les autres guérirent simplement.

Les résultats ont été excellents. Tout aussitôt après l'opération, même chez le malade qui succomba au cinquième jour, il y eut une amélioration manifeste dans la miction. Chez quelques-uns, la prostate disparut complètement. Chez un malade, âgé de quatre-vingts ans, la diminution du volume de la prostate fut légère et la miction volontaire ne revint pas, mais le cathétérisme fut de beaucoup plus facile : en effet, tandis qu'avant l'opération, le malade ne pouvait être sondé qu'avec une sonde métallique ou bicoudée, après la castration, on put passer une sonde molle; de plus la strangurie, dont se plaignait beaucoup le malade et qui avait résisté à tous les traitements, disparut complètement. Aussi Mansell Moullin pense-t-il qu'on ne peut dire qu'il y a eu échec dans ce cas. Chez un autre malade, la cystite persista, mais ici encore on ne saurait rendre l'opération responsable de la persistance des accidents, car il s'agissait d'une vessie à colonnes et à logettes dans lesquelles s'accumulait le pus. En résumé, l'orchotomie donne, d'après Mansell Moullin, d'excellents résultats thérapeutiques.

A la *Medical Society of London*, **Johnson Smith** a présenté un cas de **luxation oblitératrice de la hanche traitée par la résection de la tête fémorale.** Il s'agit d'un homme qui se fit une luxation de la hanche en Décembre 1892. Cette luxation ne put être réduite et plusieurs mois plus tard, il marchait difficilement avec des béquilles. Après de nouvelles tentatives infructueuses de réduction, la résection de la tête fut décidée et pratiquée. Le résultat opératoire fut excellent du côté de la hanche, mais il existait une paralysie notable des muscles extenseurs de la jambe causant une sorte de pied-bot.

Cotterell présente devant la même Société un cas très intéressant de **laminectomie pour carie des vertèbres cervicales.** Une enfant de treize ans, à la suite de carie de la colonne cervicale, présentait de la rigidité de la tête et une paralysie du bras droit datant de neuf semaines; la main droite était froide et bleue; la main gauche se prit à son tour, puis la force diminua pour la jambe droite d'abord, la gauche ensuite. En explorant la paroi postérieure du pharynx, on sentait très bien une projection en avant du corps de quelques vertèbres.

Le 1er Juillet, l'auteur enleva les apophyses épineuses et les lames vertébrales des 4e, 5e et 6e vertèbres cervicales. En avant de la moelle, on ne trouva ni granulations ni carie osseuse; la dure-mère ne fut pas ouverte. L'amélioration fut rapide et le 15 Octobre 1895, l'enfant avait récupéré tous ses mouvements et ne présentait aucun trouble de sensibilité.

RUSSIE

A la *Société des neuropathologistes de Moscou*, **Kyssèle** a rapporté le cas d'une fillette de six ans, atteinte de **myxœdème traité par des préparations de glande thyroïde.** Le myxœdème, dans ce cas, était déjà considérablement amélioré, avant qu'on eût commencé le traitement; néanmoins, l'œdème de la peau était assez prononcé, la langue sortait d'un centimètre environ de la bouche qui restait à demi-ouverte. Le 5 Mai, on commença le traitement par des tablettes, contenant chacune un peu plus de 10 centigrammes de glande thyroïde de veau desséchée. La dose était d'une tablette par jour. Pendant les premiers jours, on put noter une légère élévation de température (37°,6) une accélération du pouls et une augmentation de la pression sanguine dans l'artère radiale. Bientôt, l'œdème disparut, la langue rentra et la bouche put se fermer complètement. L'écoulement de la salive et la fétidité de l'haleine disparurent également. En outre, un changement notable se produisit au point de vue psychique : la fillette qui, avant le traitement, était toujours de mauvaise humeur et pleurait à tout instant, devint gaie et avenante. Actuellement, la figure est vive, expressive; l'enfant reconnaît les personnes de son entourage, mais elle ne sait pas parler et ne s'explique que par gestes. Le poids qui, pendant le premier mois de traitement, avait diminué de 2.000 grammes environ, augmenta les mois suivants; mais depuis deux mois, il recommence à diminuer. En se basant sur ce cas personnel et sur 25 cas relatés par d'autres auteurs, Kyssèle affirme ce fait que le myxœdème détermine chez les enfants des troubles physiques et intellectuels, plus profonds que chez les adultes. Quant au traitement par les préparations de glande thyroïde, il donne certainement de bons résultats, en ce sens qu'il fait disparaître le myxœdème, modifie favorablement l'état psychique des enfants, mais il n'influence pas l'intelligence et les petits malades restent considérablement arriérés.

Notons à la *Société des médecins de la clinique des affections nerveuses* les conclusions formulées par **Teliatnick** sur l'**illusion visuelle de Müller-Lyer.**

1° L'illusion complète de Müller-Lyer s'observe chez tous les individus soumis à l'expérience; les illusion partielles sont des exceptions qui deviennent d'autant moins rares qu'on simplifie les images qui déterminent l'illusion;

2° La grandeur de l'illusion complète ou partielle ne dépend pas de l'âge des individus; elle ne dépend pas non plus de la dimension des images;

3° L'illusion de Müller-Lyer doit être rapportée à des processus psychiques qui sont régis par la loi de Weber;

4° Les théories proposées par Brentano et Brunot ne sont pas admissibles;

5° La théorie la plus satisfaisante est celle de Wundt qui rapporte ces illusions aux sensations musculaires;

6° Si l'on admet cette théorie de Wundt, les mensurations faites par cet auteur donnent la preuve que les sensations musculaires obéissent comme les autres, à la loi de Weber.

Signalons encore la communication de **Werbitzky** à la *Société des médecins russes* sur les **modifications du sang après la ligature du canal cholédoque.** Les expériences de l'auteur sur des chiens jeunes bien portants, dont la nutrition était irréprochable, l'amènent à formuler les conclusions suivantes : La ligature du cholédoque chez les chiens détermine des phénomènes d'anémie consistant en une diminution de la quantité de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges. Ces phénomènes ne se produisent que progressivement et après plusieurs mois; pendant les premières semaines, on ne peut noter dans le sang aucune de ces modifications. On ne trouve pas d'hémoglobine ni dans l'urine, ni probablement dans le plasma sanguin. On peut donc supposer que les modifications indiquées plus haut résultent non pas, du moins exclusivement, de ce qu'on appelle la dilution du sang, mais dans une grande mesure, des troubles survenus dans les organes hématopoïétiques.

A la même Société, **Gucorguiewsky** a relaté un cas d'**ulcère du duodénum** qui s'est terminé par la mort. L'auteur insiste sur deux faits particulièrement intéressants de cette observation. D'abord, on a constaté pendant la vie que l'acidité du contenu stomacal était considérablement diminuée, ce qui contredit l'affirmation de Leube, qui, il y a quelques années, a indiqué comme signe différentiel entre l'ulcère de l'estomac et l'ulcère du duodénum, l'augmentation de l'acidité dans le premier cas. Le deuxième fait intéressant consiste dans l'apparition du sucre dans l'urine au moment de l'éclosion de la péritonite perforante. La perforation se produisit près de la tête du pancréas, dont la capsule présentait les traces d'une inflammation chronique. Ne pouvant pas mettre en rapport d'une façon définitive la glucosurie avec l'altération du pancréas, l'auteur tient à signaler simplement le fait.

Les théories jusqu'ici invoquées pour expliquer le **mécanisme de la menstruation** pèchent presque toutes par le défaut de preuves anatomiques et physiologiques. C'est précisément sur ces dernières qu'est basé le rapport fait à ce sujet par le professeur **J. Fedoroff** à la section climatothérapique de la *Société d'hygiène publique de Yalta* (Crimée).

L'anatomie histologique des ovaires démontre que ces organes, de même que l'utérus, appartiennent au type des glandes lymphatiques. En dehors de leurs fonctions de glandes génitales (ovaires) et d'organe excréteurs (utérus) ces organes jouent encore le rôle de glandes sécrétant un produit spécial, de nature inconnue et analogue à celui des autres glandes lymphatiques. Les follicules ovariques déversent dans le sang, en se développant, un produit chimique spécial qui, en s'accumulant dans l'organisme, agit sur le système nerveux, sur les centres vasomoteurs et sur les organes génitaux. De cette triple action, résultent des effets d'ordre général : 1° élévation de la tension sanguine et de la température, accélération du pouls et accentuation des échanges, phénomènes rappelant l'auto-intoxication; 2° phénomènes d'ordre local du côté de l'utérus et des annexes, se traduisant par l'ampliation des vaisseaux de la muqueuse utérine et la dilatation passive des capillaires avec modification de la paroi vasculaire. Les éléments interglandulaires s'hypertrophient, de là augmentation des échanges dans chaque cellule de la glande. Les produits de ces échanges, en se déversant dans le torrent circulatoire, neutralisent le produit chimique sécrété par les ovaires et hâtent, en même temps, le développement et la rupture de la vésicule de de Graff. Toutes ces modifications caractérisent la première période prépa-

paratoire, à laquelle fait suite une autre, caractérisée par l'hémorrhagie utérine, la diminution de la pression sanguine, l'abaissement de la température, le ralentissement du pouls et la diminution des phénomènes d'excitation du côté du système nerveux central. La durée de la menstruation dépend donc de la rapidité avec laquelle le sang est débarrassé de la diastase sécrétée par l'ovaire. Pendant que les modifications produites dans l'économie se trouvent ainsi neutralisées et détruites, la muqueuse utérine, qui ne reçoit pas de nouvelle excitation des ovaires, subit la métamorphose de régression.

ITALIE

Fano a communiqué à l'*Académie Médico-Physique de Florence* les résultats de ses recherches sur le **pouvoir inhibitoire de l'écorce cérébrale**. Les expériences consistaient dans l'excitation de l'écorce à l'aide d'un courant induit assez intense. Voici ces résultats :

1° Lorsqu'on excite le lobe préfrontal, on observe souvent, mais pas toujours, une dépression notable de l'altitude de la courbe myographique.

2° En ce qui concerne la durée de la contraction, l'auteur se réserve de faire des recherches ultérieures. Toutefois, ce qu'il peut affirmer pour le moment, c'est que tous les réflexes qui se produisent à la suite d'une excitation du membre correspondant, durent moins longtemps lorsqu'on excite simultanément l'écorce de la région préfrontale et ce membre.

3° Lorsque l'excitation est efficace et est suivie d'une dépression de la courbe myographique, la durée de la réaction est toujours notablement plus longue que normalement ; mais, si elle est inefficace, cette durée, au contraire, est égale à la normale et même quelquefois inférieure.

4° La dépression de la courbe myographique dure plus longtemps que l'excitation de l'écorce : ainsi, une excitation par un courant induit portant sur le lobe préfrontal, pendant cinq secondes, détermine une dépression de l'activité réflexe qui dure trois minutes.

5° L'excitation du lobe occipital a donné des résultats assez variables, qui méritent un examen attentif.

5° L'excitation de la zone motrice par des courants relativement énergiques, détermine des convulsions épileptoïdes.

Signalons encore la communication faite par **Lamberto Doddi** à l'*Académie de médecine de Turin*, sur une **nouvelle méthode de coloration de la graisse dans les tissus**. Cette méthode est basée sur la propriété que possède le sudan III de colorer les graisses en rouge écarlate. Le sudan III, dont la formule est $C^{22}H^{16}N^4O$, est une poudre rouge foncée, insoluble dans l'eau et soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, etc. Cette poudre colore les graisses d'une façon tellement intense, qu'il est presque impossible de les décolorer. On prépare une solution saturée de sudan III, dans l'alcool du commerce ; la coupe est mise dans cette solution pendant cinq ou dix minutes, ensuite, elle est lavée à l'alcool et montée dans la glycérine. Les préparations ne peuvent être incluses dans la paraffine ni dans la celloïdine, parce que le chloroforme et le xylol dissolvent la graisse et la substance colorante. Les coupes doivent être faites à la main sur des pièces congelées ; elles ne peuvent être déshydratées dans l'alcool absolu, ni éclaircies dans les huiles essentielles : il se produirait, dans ce cas, une décoloration complète ; la substance colorante ne colorant que la graisse, et laissant incolores les autres tissus, on peut colorer ceux-ci avec de l'hématoxyline.

Doddi a expérimenté sa méthode sur des tissus normaux et pathologiques, et il a obtenu toujours le même résultat : le tissu adipeux est coloré, les autres tissus restent incolores. Ainsi, dans la dégénérescence graisseuse du cœur, du foie, etc., la méthode a donné d'excellents résultats ; mais, dans la dégénérescence amyloïde, on n'a obtenu aucune coloration. L'auteur croit que ce procédé pourra rendre des services en anatomie pathologique, en permettant d'étudier d'une façon tout à fait certaine la dégénérescence graisseuse des organes.

A l'*Académie de médecine de Turin*, **Becchia** et **Nicetti** font une communication sur **deux cas de pseudo-leucémie**. Le premier de ces cas est intéressant par la localisation anormale du tissu lymphatique : on trouve dans le tissu cellulaire rénal une masse blanchâtre qui est constituée par du tissu lymphatique. L'autre cas est également intéressant au point de vue histologique ; les vaisseaux hépatiques et spléniques sont encombrés d'éléments lymphoïdes.

A la même Académie **Carbone** a rapporté **un cas de tumeur volumineuse du thymus** diagnostiqué pendant la vie. Le néoplasme était constitué par du tissu conjonctif résistant, formant de petites cavités qui contenaient un liquide transparent. Carbone admet qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur tératologique ; le fait que, dans aucun point de la tumeur, le tissu épithélial ne formait pas de masse compacte, s'explique d'après l'auteur par ce fait que l'épithélium du thymus tend déjà normalement à disparaître.

Signalons encore la communication faite par **Bottazz** à l'*Académie médico-physique de Florence* sur **la substance protéique de la rate**. Voulant étudier l'organe au point de vue chimico-physiologique, il préparait des extraits aqueux de la rate de chien et de bœuf, et précipitait les substances protéiques. Les résultats obtenus sont les suivants : 1° nucléo-albumine en grande quantité ; 2° nucléoistone ; 3° produits de la digestion peptique des protéines, parmi lesquelles acides, albumines et albuminoïdes ; 4° protéines parmi lesquelles : *a*) une citoglobuline α coagulant à 49 degrés ; *b*) une protéine coagulant à 63 degrés ; *c*) une citoglobuline β coagulant à 74-75 degrés ; *d*) une protéine coagulant à 59 degrés et *e*) une citoalbumine coagulant à 73-76 degrés. **Fano** fait remarquer que la présence des albuminoses dans la pulpe splénique pourrait expliquer l'augmentation de volume de la rate pendant la digestion, fait observé par Howe, Dittman, Grey, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Félix Lejars. — *ŒUVRES du professeur Léon Le Fort*. Tome II. (1 fort vol. in-8°, 20 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

Ce second volume comprend les principaux travaux du professeur Léon Le Fort, ayant trait à la chirurgie militaire et à l'enseignement.

La chirurgie militaire y tient une large place. On sait quelle a été la part de Léon Le Fort dans la lutte de presse et d'opinion qui devait aboutir à l'autonomie du corps de santé militaire. Ses *Etudes sur les Guerres de Crimée et d'Amérique*, sur *la Guerre d'Italie en 1859*, son livre de 1872 sur la *Chirurgie militaire et les Sociétés de secours en France et à l'étranger*, ses articles de la *Revue des Deux-Mondes* sur *la Médecine militaire et la loi sur l'Administration de l'armée*, sur *la Médecine militaire et l'Intendance*, etc., marquent les étapes de cette ardente polémique, et renferment une série de documents de haute valeur, des pages historiques d'un intérêt toujours vivant, comme cette histoire de la première ambulance volontaire au siège de Metz, qui termine son livre de 1872. Aussi, dans une magnifique préface, M. le médecin-inspecteur-général Dujardin-Beaumetz a-t-il rendu hommage à Léon le Fort : « Chirurgien militaire de vocation, non de carrière » ; il compare son rôle à celui de Percy : « Non seulement Léon Le Fort a pensé comme avait fait le plus grand des hommes qui aient jamais illustré notre état, mais il a, comme lui, lutté pour le triomphe de la bonne cause : aussi, il a droit à l'estime et à la reconnaissance de cette chirurgie militaire, à laquelle il apportait, en souvenir de ses jeunes années, l'affectueux hommage de sa gratitude. »

Le même esprit d'organisation, la même méthode d'investigation précise, la même verve pratique se retrouvent dans les travaux d'enseignement, qui forment la seconde partie du volume. Dans ses *Lettres sur la liberté de la pratique et de l'enseignement de la médecine*, dans son *Etude sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger*, dans ses principaux rapports à la Faculté, sur *la création de chaires cliniques spéciales*, sur *la participation des agrégés à l'enseignement*, sur *la réforme des études médicales*, sont posées et discutées de nombreuses questions toujours d'actualité. Et l'on ne saurait trop admirer la puissance et la fécondité de cet esprit, qui s'applique à tant de sujets divers et qui, partout, donne les preuves d'une étude approfondie et d'une conception toujours originale.

Paul Berger. — *Résultats de l'examen de dix mille observations de hernies*. 1 vol. in-8° jésus, de 208 pages. Prix : 4 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Répertoire thérapeutique

En 1852, Claude Bernard, par ses mémorables expériences, démontra que le sel de fer, qui constituait véritablement un remède actif contre les causes d'altération du sang, était le protoiodure de fer, le seul qui parmi les ferrugineux passait indécomposé et se retrouvait en nature peu de temps après l'absorption dans la plupart des liquides de l'organisme, sueur, mucus broncho-pulmonaire, salive, lait.

Le protoiodure de fer occupe aujourd'hui l'un des premiers rangs parmi les préparations martiales : c'est un protosel, c'est-à-dire que, pour un poids égal, il renferme le maximum de substance active qui, ici, est le fer. Ce sel est un iodique non moins qu'un ferrugineux, et sa composition double le fait participer à la fois des propriétés *réparatrices* du fer et *altérantes* de l'iode ; il agit, en effet, par le fer pour modifier les dyscrasies sanguines, soit transitoires soit constitutionnelles, et pour aider puissamment à reconstituer de nouveaux globules, augmentant ainsi la richesse du sang ; par l'iode, il est aussi efficace, pour modérer les combustions organiques et ralentir les phénomènes nutritifs, et trouve son indication dans les anémies dues au lymphatisme, à la scrofule, dans son ancienne acceptation du mot, enfin dans la tuberculose.

Presque tous les cliniciens reconnaissent sa valeur et son efficacité. Dieulafoy[1] le cite comme le meilleur antichlorotique ; M. le professeur Jaccoud[1] le préconise associé au quinquina dans les cas d'anémie pernicieuse ; M. le professeur Lebert[2], MM. Hérard et Cornil[3] le vantent comme le meilleur des ferrugineux à employer dans l'anémie tuberculeuse et, *a fortiori*, pré-tuberculeuse ; on peut dire qu'il est considéré comme le reconstituant hématique le plus actif.

Mais il existe une difficulté ; faire choix d'une protoiodure inaltérable, car sa préparation est des plus délicates et, de cette préparation dépend sa pureté et son inaltérabilité. La plupart du temps, on le prépare en versant de l'iode sur de la limaille de fer plongée dans l'eau, le fer se dissout, on filtre et on obtient ainsi d'une manière assez rudimentaire un sel, qui se dédouble facilement en iode libre qui s'évapore au contact de l'air ou s'oxyde, et en oxyde de fer ; l'iodure de fer ainsi décomposé, de tonique à l'état pur, devient, une fois altéré, pour ainsi dire nocif et provoque des troubles de dyspepsie, indication formelle d'irritation gastro-intestinale.

Il arrive alors que le malade absorbe des produits la plupart du temps altérés, d'où irritants, et qu'au lieu des bons effets que le praticien est en droit d'espérer, il se produit des troubles intimement liés à l'absorption de ce médicament défectueux dont une des principales manifestations est une opiniâtre constipation, résultat évident d'une dyspepsie gastro-intestinale. C'est ce qui, dans son magistral travail sur « le sang », a fait dire à Hayem : « Lorsque dans certains cas, après avoir essayé nombre de préparations martiales, sans obtenir de résultats, on déclare, de guerre lasse, l'inutilité du fer, c'est qu'on a passé à côté de la bonne préparation, de sorte que le cas prétendu incurable par le fer peut être guéri en quelques semaines, par un autre médecin faisant appel à une préparation ferrugineuse non encore utilisée ».

Ces quelques lignes résument, en effet, la seule difficulté de la thérapeutique, surtout en ce qui concerne les préparations martiales. Le protoiodure de fer est un sel qui s'obtient difficilement à l'état chimiquement pur, et cette condition est cependant indispensable pour obtenir toute son action curative.

Il est donc nécessaire, pour le médecin, de recourir à une spécialité, qui lui offre toutes les garanties exigibles.

Barattier dans le Dictionnaire de Jaccoud recommande le sirop et les dragées de protoiodure de F. Gille, préparations anciennes et répondant le mieux aux indications qui précèdent. Ces préparations réunissent en effet, au plus haut point l'inaltérabilité et la fixité que doit posséder le protoiodure de fer, propre à une médication suivie. Elles ne causent jamais de troubles digestifs ; ne colorent pas les selles en noir ; ne noircissent pas les dents, ce qui prouve bien leur inaltérabilité, car le fer est complètement absorbé.

Ces préparations sont d'un grand secours dans la médecine infantile ; dans tous les cas de déchéance physique soit constitutionnelle, soit due à une maladie passagère, le protoiodure de fer exerce une action salutaire, bienfaisante et reconstituante.

Dans les suites de la rougeole, de la scarlatine, l'iodure de fer joue un rôle actif contre ces causes secondaires d'altération du globule sanguin. Dans le lymphatisme et la scrofulose, « cette préparation a une grande utilité, par l'action résolutive de l'iode[4] ».

Les préparations de F. Gille sont au nombre de deux : les dragées, contenant 5 centigrammes de protosel et le sirop, dont chaque cuillerée répond à 10 centigrammes. Les enfants acceptant difficilement la forme pilulaire, supportent au contraire le sirop de protoiodure de fer, grâce à son goût uniformément agréable. Ajoutons simplement que ce médicament, véritable reconstituant des plus appréciables pour les enfants est le succédané de l'huile de foie de morue.

1. Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne. T. II, p. 127.

1. Jaccoud. — Clinique médicale. 1883, p. 402.
2. Lebert. — Traité clinique de la phthisie pulmonaire, p. 455.
3. Hérard et Cornil. — Phthisie pulmonaire, p. 817.
4. Gubler. — « Thérapeutique, p. 49.

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la **viande crue**, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent **vaincre** leur **répugnance** pour les aliments, aux **Phtisiques**, aux **Anémiques**, aux **Cancéreux**, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON

ADULTES : Une cuillerée à bouche matin et soir, une heure avant ou deux heures après le repas.

..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

Extrait du Rapport officiel de l'**Académie** de **Médecine** de Paris (7 Août 1877).

PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, *et toutes Pharmacies.*

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES.

MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien **SPÉCIFIER** *le nom* **NESTLÉ** *sur leurs ordonnances*

TRAITEMENT INTENSIF DES

MALADIES de POITRINE et des VOIES RESPIRATOIRES

par les **CACHETS HÉRISÉ**

Tannate de Créosote iodoformée et Glycérophosphates.

Pharmacie **HÉRISÉ**, 21, Boulevard Rochechouart, PARIS.

NOURRICES **LES GALACTOGÈNES JOLIVET** (SIROP, SEL ou VIN) augmentent la qualité et la quantité du lait des nourrices et constituent le meilleur tonique aussi bien pour la mère que pour l'enfant pendant l'allaitement. JOLIVET, 114, Fᵇ St-Honoré, Paris. Envoi fᵒ d'un Sel contre 3ᶠ, 3 flac. Sirop fᵒ gare, 9ᶠ.

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

L'AIROL

Nouveau succédané de l'Iodoforme

FABRIQUÉ PAR

HOFFMANN, TRAUB et Cᵉ, de Bâle (Suisse)

vient d'être expérimenté avec succès dans le

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

VENTE EN GROS : **MM. HERRMANN et BARRIÈRE**

152, rue Saint-Antoine, PARIS

ARCACHON ENFANTS DÉBILES CONVALESCENCES SCROFULES ET TUBERCULOSES

MAISON DE FAMILLE & DE CONVALESCENCE

Située dans les Pins, à proximité de la Plage

Grand Jardin — Tennis — Gymnastique Suédoise — Massage

SOINS PARTICULIERS POUR JEUNES ENFANTS, ÉDUCATION

Hautes références médicales et familiales

S'adresser à la Directrice : Mᵐᵉ **HENRY DUBOIS**

PEPTO-GAÏACOL JEANNON

Traitement de la TUBERCULOSE et des AFFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES

Antiseptique énergique, nutritif et reconstituant, sans saveur, n'irrite pas la muqueuse stomacale.

10 fois plus actif que la créosote sans en avoir les inconvénients.

DOSE : *2 à 5 cuillerées par jour.*

5 fr. LE FLACON. — E. JEANNON, Phien de 1re classe, 24, Avenue Mac-Mahon, Paris.

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré : **LAIT** *sucré à volonté*, 1 VERRE. **POUDRE de PEPTONE CATILLON**, 1 CUILLERÉE.

Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

LE **VÉRITABLE THAPSIA**

doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel Reboulleau

Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

Action Prompte et Certaine

EXIGER LA COULEUR ROUGE

La plus ancienne. — La seule admise dans les Hôpitaux civils.

LE PERDRIEL et Cᵉ, Paris.

Thyroïdine 2 dragées par jour *Myxœdème, Goitre, Psoriasis, Obésité.* - **BOUTY**, 1, rue Châteaudun, PARIS

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.